

Министерство образования и науки Российской Федерации  
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»  
Институт психологии  
Кафедра психологии образования

**ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У  
ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СЕМЬИ.**

Выпускная квалификационная работа

Направление 44.03.02 – Психолого-педагогическое образование

Профиль – Психология образования

Квалификационная работа  
допущена к защите  
зав.кафедрой

\_\_\_\_\_ Н.Н.Васягина

(подпись)

\_\_\_\_\_ 2018 г.

Руководитель ОПОП:

\_\_\_\_\_ Н.Н.Васягина

(подпись)

Исполнитель:

А.Г. Костоусова- студентка  
очного отделения

\_\_\_\_\_

(подпись студента)

Научный руководитель:  
Н.Н. Васягина – доктор  
психологических наук,  
профессор, заведующая  
кафедры психологии  
образования

\_\_\_\_\_

(подпись преподавателя)

Екатеринбург 2018

## Содержание

Введение .....	3
Глава 1. Теоретические аспекты феномена депрессивное состояние .....	6
1.1 История депрессивного состояния и причины вызывающее депрессию .....	6
1.2 Классификации депрессивных состояний у подростков .....	14
1.3 Маски подростковых депрессий .....	17
1.4 Подросток и суицид .....	22
1.5 Роль семьи в профилактике депрессивных состояний у подростка .....	24
1.6 Информирование родителей об опасностях и способах преодоления депрессии у подростков. ....	30
Глава 2. Эмпирическое исследование профилактики депрессивных состояний у подростков в условиях семьи. ....	32
2.1 Организация и методы исследования.....	32
2.2 Разработка программы профилактики депрессивных состояний у подростков в условиях семьи .....	36
2.3 Анализ научного исследования .....	38
Заключение .....	42
Список литературы .....	45
Приложение 1 .....	48
Приложение 2 .....	49

## **Введение**

Эмоциональная сфера личности всегда являлась предметом пристального внимания психологов. Исследованиями в этой области занимались как отечественные, так и зарубежные ученые (Адлер А., Изард К. Э., Павлов И. П., Сеченов И. М., Селье Г., Фрейд З., Юнг К., и др.). Еще античные философы отметили, что в радости человек совершенно другой, чем в горе, и это касается не только его внешности, поведения, поступков, но и характера влияния на других людей. В ситуации угрозы, опасности, обиды происходят изменения в эмоциональной сфере личности, что является предпосылкой развития стрессовых реакций, следствием которых являются тревожность, невротичность, депрессия.

Современный подросток живет в мире, сложном по своему содержанию и тенденциям развития. Эмоциональное неблагополучие подростка — один из объектов пристального внимания: школьных психологов, педагогов, родителей. Своевременная и качественная диагностика подобного неблагополучия, адекватные коррекционные меры могут уменьшить риск возникновения нежелательных тенденций в развитии личности. Одно из ярких проявлений подобного неблагополучия — депрессивные состояния.

В настоящее время феномен депрессии является наиболее часто встречаемым психологическим расстройством на планете. Распространенность подростковой депрессии уже превысило 40% и продолжает расти. Так же во многих работах подчеркивается частота аффективных расстройств в данном возрасте и наибольшее количество суицидов. В современном мире подросток подвергается воздействию различных негативных факторов оказывающих пагубное воздействие на мироощущение подростка.

Депрессия ложится объемным грузом не только на подростка, но и на его семью, близких, друзей и учителей, обществом в целом. Так же нельзя забывать что и сама депрессия может оказывать значительное

влияние на жизнь подростка, а не только факторы ее вызывающие. Современный подросток живет в мире, сложном по своему содержанию и тенденциям развития. Эмоциональное неблагополучие подростка - один из объектов пристального внимания: школьных психологов, педагогов, родителей. Своевременная и качественная диагностика подобного неблагополучия, адекватные коррекционные меры могут уменьшить риск возникновения нежелательных тенденций в развитии личности. Одно из ярких проявлений подобного неблагополучия - депрессивные состояния.

Профилактика депрессивных состояний играет важную роль в создании благоприятной учебной обстановки и комфортной атмосферы дома и в семье. Работа должна проводиться на протяжении всего учебного процесса и объединять в себе членов семьи, учителей и ребенка.

Учитывая, что подростковый возраст характеризуется как период повышенной эмоциональности, что проявляется в легкой возбудимости, изменчивости настроения, сочетании полярных качеств, выступающих попеременно, а также не забывая о том, что некоторые особенности эмоциональных реакций переходного возраста коренятся в гормональных и физиологических процессах, можно ожидать отображения специфики социальной ситуации развития и в специфике эмоционального развития, в возникновении повышенной тревожности, агрессивности, депрессивности как реакции на невозможность реализовать себя, свое понимание отношений с людьми в динамической, сложной и быстро меняющейся ситуации.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что в наше время наиболее частой проблемой является проблема депрессивных расстройств. А особенно это касается детей в подростковом возрасте.

#### **Методы исследования:**

- **теоретические** (изучение психологической, педагогической, методической, специальной и т.д. литературы);

- **эмпирические** (наблюдение, эксперимент, анкетирование, изучение документов и т.д.);

- **статистические.**

**Объект исследования:** депрессивное состояние у подростков

**Предмет исследования:** профилактическая работа

**Цель исследования:** изучения влияния профилактики депрессивных состояний в условиях семьи на подростка

**Задачи исследования:**

1. рассмотреть понятие «феномен депрессии» в научной литературе

2. рассмотреть причины возникновения депрессивного состояния у подростков

3. изучить существующие классификации депрессивных состояний

**Гипотеза** исследования состоит в том, что профилактика депрессивного состояния у подростков в условиях семьи является эффективным методом борьбы с депрессивными состояниями у подростков, а том числе по средствам информирования.

## **Глава 1. Теоретические аспекты феномена депрессивное состояние**

### **1.1 История депрессивного состояния и причины вызывающее депрессию**

Наиболее близкими понятиями к феномену депрессии являются меланхолия и мания, известны со времен Гиппократ. В XIV веке наряду с термином «меланхолия» стали использовать термин «депрессия». Данные состояния понимались достаточно широко, ими обозначали всякое психомоторное возбуждение или состояние душевного угнетения и тоски. Гиппократ приводил два значения слова «меланхолия». Во-первых - меланхолическим он назвал один из четырех темпераментов человека, в организме которого преобладает черная желчь - меланхолики «боятся света и избегают людей, они полны всевозможных опасностей, жалуются на боли в животе, словно их колют тысячами иголок».

Во-вторых - это меланхолия как психологическая болезнь : «Если чувство страха и малодушие продолжаются слишком долго, то это указывает на наступление меланхолии... Страх и печаль, если они очень долго длятся и вызваны не бытовыми причинами, происходят от черной желчи». Он также дал описание симптомам, характерным для меланхолии - это отвращение к пище, уныние, бессонница, раздражительность и беспокойство. На то, что причину заболевания следует искать в человеческом мозге, догадывались еще предшественники Гиппократ (Пифагор и Алкмеон), но именно Гиппократ впервые записал, что «надо знать, что ... огорчения, печаль, недовольства и жалобы происходят от мозга... От него мы становимся безумными, нас охватывает тревога и страхи либо ночью, либо с наступлением дня».

Аристотель (384-322 г. до н.э.) задал вопрос «почему люди, блиставшие талантом в области философии, или в управлении государством, или в поэтическом творчестве, или в занятиях искусством -

почему все они по-видимому были меланхоликами? Некоторые из них страдали разлитием черной желчи, как, например, среди Героев - Геракл: именно он, как полагали, был такой меланхоличной природы, а древние по его имени, называли священную болезнь Геракловой. Да, несомненно, а многие другие герои, как известно, страдали той же болезнью... А в позднейшее время также Эмпедокл, Сократ и Платон и многие другие замечательные мужи» (Проблемы XXX,I).

Платон (428-348 г. до нашей эры) в своих трудах описывал состояния депрессии и мании. Он описывал манию, как заболевание «правильного» неистовства, происходящего от муз - это дает поэтическое вдохновение и говорит о преимуществе носителя этого заболевания перед обычными людьми с их житейской рассудочностью.

В I-II века нашей эры Аретей Каппадокийский высказал предположение о том, что как мания, так и меланхолия могут иметь единую причину возникновения. По его мнению, оба состояния имеют склонность к рецидивам, меланхолия может переходить в манию, а также бывают больные, которые, несмотря на свое подавленное настроение, обнаруживают гневливость или раздражительность (признаки смешанных состояний, по современным представлениям).

Но наиболее точное определение сущности меланхолии описал в своих «Беседах о Тускулапах» Марк Тулий Цицерон (106-43 г. до нашей эры) - древнеримский оратор, политический деятель и писатель. В этих строках, написанные более двух тысяч лет назад, настолько точно и ясно описывается состояние депрессии, что многие исследователи придерживаются мнения что, это мог сделать только человек, который сам пережил приступ тяжелой, затяжной депрессии. Цицерон писал что «страх и скорбь возникают от мыслей о зле. Именно страх - есть мысль о великом зле предстоящем, а тоска - о великом зле уже наличном и к тому же свежем, от которого естественно встает такая тоска, что мучающемуся кажется, что он мучается поделом. Эти-то волнения, словно некие фурий

напускает на нашу жизнь неразумие человеческое». Он подчеркивает, что «всякое умственное расстройство есть бедствие, скорбь же или печаль подобно настоящей пытке». Если страх вызывает подавленность, то скорбь кроет в себе «изнурение, маразм, мучение, сокрушение, искажение и, наконец, разрушение, разгрызение, уничтожение, уничтожение совсем ума». Он приводит мнение греческого философа Хризиппиуса, называвшем депрессию как бы «растлением самого человека». Так же он упоминает, что в его время уже многие авторы писали о депрессии, в том числе Гомер, говоривший, что в меланхолии часто ищут одиночества и уединения от мира. О лечении этого состояния он пишет, что «тело поддается лечению, для души лекарств не имеется». Цицерон говорит о том, что часто собственными силами невозможно выйти из глубокой депрессии: «Это не в нашей власти заглушить в себе то, что вообразили злом, затаить или забыть таковое. Оно грызет, пугает, колет, жжет, не дает дышать, а ты приказываешь забыть?» Он упоминает, что лучшим лекарством с древних времен является время. Вместе с тем нельзя полагаться только на время: «не устранив ее полностью нельзя избавиться от этого бедствия». Так же он сделал замечает, что «самое важное при утешении - удалить от скорбящего представление, будто бы скорбя он выполняет справедливый и надлежащий долг». Наилучшим средством излечения от меланхолии Цицерон считал беседы с страдающим, т.е. выражаясь современным языком, он одним из первых предложил использовать психотерапевтические беседы для выхода из депрессии. И конечно же Цицерон говорит о самом главном, о надежде, что человеком «будет выдержано самое острое страдание, если, хотя бы издали, ему видится надежда на что-то доброе».

Авл Корнелий Цельс, живший в Риме в 1 веке н.э. во времена Тиберия не был врачом, но он составил потомкам огромную энциклопедию по всем областям знаний древних римлян, из которых только медицина занимает 8 томов. «Меланхолия определяется как



безумие, которое овладевает человеком на долгое время, начинается почти без лихорадки, а потом дает легкие припадки последней. Эта болезнь состоит из печали, которая по видимому причиняется разлитием черной желчи.

Римский врач Асклепиад(128-56 до н.э) советовал лечить меланхолию теплыми ваннами, смачиванием головы холодной водой, слабительным, массажем, умеренной гимнастикой, воздержанием от жирного мяса и вина, предостерегая оставлять человека в меланхолии в полном одиночестве и, когда наступят улучшения, советовал отправиться в путешествие.

Великий врач Востока Авиценна (980-1037 г.) писал, что «меланхолия - есть уклонение мнений от естественного пути в сторону расстройства, страха и порчи. Меланхолия определяется им по чрезмерной задумчивости, постоянные наваждения, взгляд неизменно устремленный на что-нибудь одно или в землю». На это также указывает грустное выражение лица, бессонница и задумчивость.

В 11 веке Константин Африканский написал трактат «О меланхолии», в котором скомпилировал данные из арабских и римских источников. Он определяет меланхолию как состояние, при котором человек верит в наступление лишь неблагоприятных событий. Причина болезни в том, что пары черной желчи поднимаются к мозгу, затемняя сознание. Такая склонность формируется не у всех, а лишь лиц, имеющих к этому особую предрасположенность.

У Энагория Понтиака(346-399 г.), Иоанна Кассиана (360-435 г.) описана чистая, беспричинная меланхолия отшельников, селившихся в пустынных местах. Она одолевает этих одиноких людей в полдень, потому то называется «бесом полуденным». Она составляет основной симптом *acedia* (вялость, лень), которая в средние века была синонимом старого понятия «меланхолия». Монах, находящийся во власти *acedia*, испытывает непреодолимое желание покинуть келью и искать исцеление где-то в

другом месте. Он иступленно оглядывается, надеясь увидеть кого-то, кто идет навестить его. В своем тоскливом беспокойстве он находится под угрозой впасть в состоянии апатии или, наоборот, пуститься в неистовое бегство. *Acedia*, являвшаяся для отшельников «повальной напастью», которая наводит порчу в полдень», обычно связывалась с 90 псалмом. Она парализовала способность к концентрации внимания и молитве. Энагрий Понтиак говорил своим братьям, что не следует поддаваться меланхолии и покидать своих мест.

Жан Франсуа Фернель (1497-1558 г.) - врач эпохи Ренессанса называл меланхолию безлихорадочным безумием. Она наступает по причине «истощения мозга, ослаблении основных способностей последнего». Меланхолия - это то состояние, когда «больные мыслят и говорят и поступают абсурдно, им надолго отказывает разум и логика, и это все протекает со страхом и унынием». «Начинающие» меланхолики вялые, подавленные, «душою слабые, к себе равнодушные, жизнь считают тяготой и пугают уходом из нее». Когда болезнь развивается, то «душой и рассудком, расстроенным и беспорядочным, они воображают многое, и это почти все мрачное, другие считают что им не следует ни с кем говорить и они должны провести всю жизнь в молчании. Общества и внимания людей они избегают, многие ищут одиночества, что гонит их скитаться среди могил, гробниц, в дикие пещеры».

Современной трактовкой феномена депрессии можно считать определение Соловьевой С. А., которого мы и будем придерживаться в данной работе – психологическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессия сопровождается идеаторным и двигательным торможением со снижением побуждений к деятельности или тревожным возбуждением и воспринимается как душевное и\или телесное страдание.

Типичные проявления депрессии.

Эмоциональные проявления депрессии: тоска, подавленное, угнетенное настроение, отчаяние, страдание, раздражительность, тревога, утрата способности испытывать удовольствие от ранее приятных занятий, потеря интереса ко всему окружающему.

Физиологические проявления депрессии: нарушения сна (бессонница, сонливость), нарушение функции кишечника (запоры), изменения аппетита (его утрата или переедание), снижение сексуальных потребностей, боли в сердце, желудке, в мышцах, снижение энергии.

Поведенческие проявления: избегание общения (нежелание общаться с другими людьми, склонность к одиночеству), отказ от развлечений, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, дающие временное расслабление.

Мыслительные проявления: трудность принятия решения, трудности сосредоточения, преобладание негативных, мрачных мыслей о себе, заниженная самооценка, мысли о самоубийстве (в случае тяжелой депрессии), мысли о ненужности, незначимости себя в этом обществе, замедленность мышления.

Большинство людей считают, что депрессия как расстройство приобрела такую популярность только недавно, в связи с разными появившимися факторами, но это ошибка. Это расстройство было известно еще со времен античности. Древнегреческий врач, «отец медицины» Гиппократ описывал это состояние как неприятное, болезненное душевное мучение «меланхолия» или как ее еще называют «чёрная желчь». На протяжении многих столетий причиной этого считали избыток этой жидкости в организме. В настоящее время, взамен понятия «меланхолия» в медицине используют понятия «депрессия». Сейчас меланхолик это тип темперамента по Гиппократу, который наиболее склонен к эмоциональному расстройству.

В изучении депрессий можно выделить несколько направлений. Часть исследователей рассматривала депрессию в рамках маниакально

депрессивного психоза (МДП) и психогенных заболеваний (Карл Людвиг Кальбаум, 1882; Крепелин Эмиль, 1916, и др.). Кальбаум в своих исследованиях описал циклометрию, которая, по современным представлениям является «амбулаторной» или, мягкой, формой депрессивного расстройства. Крепелин, развивая положение Кальбаума объединил различные заболевания со сходными расстройствами в общую группу «Маниакально депрессивный психоз». Так же им отмечалось, что редко пациенты обращают внимание на ранние проявления феномена и обращаются за помощью лишь в случаях серьезных проявлений. В том числе было выявлено, что проявившись однажды, состояние может проявиться на протяжении жизни, то есть носит характер повторяющихся приступов. Было выявлено что только лишь приступы кратковременной депрессии могут продолжаться от 2 до 10 месяцев непрерывно. Так же выделяют хроническую депрессию, которая характеризуется протеканием на протяжении всей жизни человека.

Другие ученые уделяли большое внимание изучению роли депрессивной конституции, доболезненных особенностей личности, патологической почвы (Schneider K., 1923; Ганнушкин П.Б., 1933, и др.). Шнайдер в 1932 году предложил термин «депрессивный психопат», к категории которых он относил людей «страдающих от более или менее длительного угнетенного состояния». Петр Борисович Ганнушкин, в своей типологии по психопатиям обозначал депрессивный синдром следующим определением: «Речь идет о лицах с постоянно пониженным настроением. Картина мира для них как будто покрыта траурным флером. Период, когда выявляются наиболее четко черты депрессии, бывает в возрасте полового созревания, когда начинается сдвиг в настроении: они начинают ощущать тяжесть внутренних конфликтов, появляются мысли о бренности существования, тоскливое настроение ». Работа Шнайдера «Депрессии почвы» близки к выделенным Петром Борисовичем депрессивным

психопатиям и не являются проявлениями Маниакально депрессивного синдрома.

Нельзя выявить какую-либо одну ведущую и главную причину возникновения депрессии, так же как нельзя выявить единственную или главную причину снижения настроения.

Среди причин био-психиатрических характера можно выявить такие, как нарушение баланса нейромедиаторных систем, дефицит моноаминов (норадреналина, серотонина, дофамина), а так же нехватка гормонов (глюкокортикоиды и мелатонин).

К Физиологическим причинам относят снижение жизненной активности, что повлечет за собой нарушение сна, сухость во рту, снижение интенсивности обмена веществ, снижается аппетит (подросток может вообще не есть), снижается перистальтика, исчезает сексуальное влечение.

К психологическим причинам относят беспомощность (так М. Селигман соотносит выученную беспомощность с реактивной депрессией), утрата жизненных перспектив, затруднение в определении собственных чувств и эмоций, постоянное переживание негативных воспоминаний, восприятие самого себя, как чего-то негативного в собственной жизни согласно теории Селигмана.

Заслуживает внимание и гипотеза «киндлинга». Согласно этой гипотезе депрессия может возникнуть в следствии употребления психоактивных веществ, физиологических сдвигов, психотравмирующих событий.

## 1.2 Классификации депрессивных состояний у подростков

Подростковая депрессия проявляется у детей возрастом от 12 до 18 лет. Среди основных причин можно назвать гормональный сбой и переосмысление жизненных ценностей и ориентиров. Депрессия может протекать в типичном для возраста состоянии «бунта» против общества и родственников. Приведем примеры и описания типов депрессия встречающихся у подростков наиболее часто.

**Соматическая.** К развитию депрессии очень предрасположены больные с гипотиреозом (состояние, обусловленное длительным, стойким недостатком гормонов щитовидной железы, противоположное тиреотоксикозу.). Распространённость депрессии при недостаточной функции щитовидной железы достигает 50 %, а риск развития депрессивных нарушений в течение жизни у больных, страдающих гипотиреозом, в 7 раз выше по сравнению со здоровыми людьми. Симптомы депрессии нередко выступают на первый план, появляясь за несколько лет до развития явной клинической картины гипотиреоза, и доминируют в жалобах пациентов. У лиц с терапевтически резистентной депрессией распространённость гипотиреоза особенно высока и достигает 50%.

**Эндогенная.** причины депрессии отсутствуют или не очевидны, то есть как бы «происходящей изнутри» (организма, психики). Приблизительно в одной трети (около 35 %) случаев манифестные депрессии возникают аутохтонно, то есть без каких-либо внешних воздействий. По структуре такие депрессии с самого начала являются эндогенными.

**Психогенная депрессия** – расстройство, возникающее под воздействием внешних негативных или позитивных факторов (как длительно действующих, так и однократных) после ситуаций утраты/изменения значимых для человека ценностей. Для лиц,

страдающих данным расстройством, характерны повышенная чувствительность, впечатлительность, робость, мнительность, педантичные черты. Психогенная депрессия может развиваться непосредственно после психотравмирующей ситуации, хотя у некоторых пациентов депрессивный эпизод возникает спустя промежуток времени после стрессового события. У больных часто отмечается фиксация на произошедшем факте, им свойственно интенсивное и постоянное внутреннее напряжение, не поддающееся ослаблению усилиями воли.

**Нейролептическая депрессия** — одно из осложнений при терапии нейролептиками (антипсихотиками).

Длительность нейролептических депрессий — от нескольких месяцев до 1,5 лет. Нейролептические депрессии могут ошибочно приниматься врачом-диагностом за депрессию в структуре имеющегося психического заболевания. В просторечии пациенты называют нейролептическую депрессию «овощное состояние».

**Реактивная** - Депрессия может быть результатом драматических переживаний, например потери близкого человека, работы, общественного положения. Она развивается как *реакция* на некое внешнее событие, ситуацию. Согласно некоторым теориям, депрессия иногда возникает при чрезмерной нагрузке мозга в результате стресса, в основе которого могут лежать как физиологические, так и психосоциальные факторы. Фактором риска развития депрессии у взрослых могут быть также тяжёлые переживания в детском возрасте: например, жестокое обращение с детьми может явиться предпосылкой для возникновения у них депрессии в будущем.

**«Маскированная депрессия»** (ларвированная депрессия) — термин в психиатрии и психотерапии, обозначающий скрытую депрессию. Такие состояния часто также обозначают как «маски депрессии». При маскированной депрессии классические аффективные компоненты депрессии (пониженный эмоциональный фон, апатия, уход от

контактов с внешним миром и т. д.) могут быть очень незначительными или даже совсем отсутствовать. Пациент, как правило, не осознаёт депрессивного расстройства. Часто он убежден в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого соматического заболевания, либо имеет какие-либо невротические симптомы, расстройства биологического ритма и т. п.

**Сезонная** - депрессия может возникать из-за отсутствия яркого света. Наиболее часто наблюдается у больных осенью и зимой. Лечат сезонную депрессию прогулками в солнечную погоду или светотерапией. Однако в исследовании, проведённом на большой выборке (34 294 человек), не удалось обнаружить взаимосвязи депрессии и времени года. Депрессия не была связана ни с широтой, на которой проживает человек, ни с количеством солнечного света<sup>[15]</sup>. Но данное исследование имеет важные недостатки — в частности, опрос этих 34 294 человек был проведен по телефону, что не даёт возможности диагностировать у респондентов наличие или отсутствие клинической депрессии. Депрессия может явиться результатом побочного действия многих лекарств (например, леводопы, кортикостероидов, бензодиазепинов) — так называемая *ятрогенная*, или *фармакогенная* депрессия. Чаще всего такая депрессия быстро проходит самостоятельно или излечивается после отмены соответствующего препарата.



### **1.3 Маски подростковых депрессий**

Не так давно высказывались серьёзные сомнения относительно возможности развития депрессии в детско-подростковом возрасте. Считается (E.J. Mash, D.A. Wolf, 2003; L. Mufson и соавт., 2003), что в основе этого заблуждения лежали традиционные психоаналитические теории, рассматривающие депрессию как следствие превращения агрессивного инстинкта в депрессивный аффект: депрессия возникает в результате потери объекта любви, эта потеря может быть реальной - в случае смерти родителя, или символической, как результат эмоциональной потери, отверженности или недостаточного родительского внимания. Любовь по отношению к утраченному объекту обращается в гнев, направленный против самого себя. Считалось поскольку у детей и подростков ещё до конца не сформировано суперэго, они не способны переживать депрессию, т. к. враждебность, направленная против внутренних образов разочаровавших их объектов любви, не вызывает чувства вины и обращение агрессии против самих себя. Другая ошибочная точка зрения заключалась в том, что симптомы депрессии считались нормальными и временными проявлениями, присущими определённым стадиям детского и подросткового развития, - убеждение, которое также оказалось ложным. Депрессия для детей и подростков представляет собой такую же проблему, как и для взрослых. Клиническая практика показала, что депрессивные состояния в детском и подростковом возрасте не являются редкостью. Выраженные перепады настроения, социальная отстранённость, когнитивные искажения и конфликты с ровесниками и семьёй отнюдь не обязательны и типичны для подростков, а скорее указывают на психическое нездоровье.

Сложностью подростковых депрессий, как правило, является их протекание под различными «масками». Симптоматика, маскирующая

депрессивные расстройства у подростка, имеет отчетливое возрастное своеобразие.

Соматические симптомы в виде общего недомогания, различных аллергий, расстройств пищеварения, нарушений аппетита, астенизации свойственны депрессивным *детям и подросткам младшего пубертатного возраста (до 12 лет)*. Наряду с такими малодифференцированными признаками изменения общего состояния довольно явственно меняется и поведение подростков: прежде вполне общительные, живые и разговорчивые, они становятся одинокими, замкнутыми, теряют интерес к прежним увлечениям и играм, жалуются на скуку и усталость и крайне редко - на грусть или тоску.

В *среднем подростковом возрасте*, по мере продвижения из начальной в среднюю школу, где усложняется программа и, что значительно важнее, появляется большое количество учителей - предметников, приходится нередко наблюдать депрессии, замаскированные проявлениями школьной фобии. Здесь патологическое состояние определяется нарастающей идеаторной заторможенностью, которая постепенно блокирует способность подростка осваивать новый учебный материал, создает впечатление нарушений памяти. В не меньшей степени статус определяется и коммуникативными расстройствами.

Нужно сказать, что коммуникативные проблемы вообще свойственны подросткам. В этом возрасте всякий человек испытывает затруднения при попытке вербально выразить свои чувства и переживания, что практически не зависит от интеллектуального уровня и запаса активной лексики. Коммуникативные затруднения являются одной из ключевых проблем эмоциональной жизни подростка, проявлением базальной тревоги и недостаточности самопринятия.

Способность к общению составляет в полной мере его *locus minoris resistentis*, являясь ведущей, наивысшей деятельностью для подростка, а нарушения этой способности переживаются им особенно болезненно. У

подростка 12 - 14 лет академическая неуспеваемость и нарушения школьной дисциплины нередко маскируют депрессивное состояние. Ответные меры школы и родителей убеждают подростка в его собственной никчемности и несостоятельности, вызывают и фиксируют у него страх порицания и зачастую приводят к тотальному отказу от школы.

Не менее часто приходится сталкиваться в этой же возрастной группе с девиантным поведением, маскирующим депрессию у подростка. Это, пожалуй, наиболее сложная для своевременной диагностики маска. Родители, учителя и даже врачи общей практики зачастую не сознают, что развязный, раздражительный до злобности, пропадающий по подвалам и подверженный всем уличным соблазнам подросток нуждается не в наказании, а в лечении, поскольку в основе его отклоняющегося поведения - депрессия, депрессия с рухнувшей самооценкой, ощущением одиночества и безысходности, тоской и тревогой, страхом наказания.

Другими симптомами, характерными для этого возраста, являются негативное представление о своих физических данных, застенчивость. Присутствуют следующие физические симптомы: чрезмерная усталость, упадок жизненных сил, потеря аппетита и нарушения сна. Подростки, страдающие от депрессии, испытывают одиночество, чувство вины, постоянно упрекают себя за что-то, у них появляется ощущение собственной никчемности, мысли о суициде и его попытки.

В старшем подростковом возрасте депрессия нередко оформляется проявлениями метафизической интоксикации, наиболее ярко очерченными у подростков психастенического и шизоидного склада. Переживания смыслоутраты, «экзистенциальный вакуум», свойственны молодости. Депрессивный подросток склонен рассматривать эту вполне глобальную проблему как свою личную драму.

Размышления о смысле жизни и смерти приобретают самодовлеющий характер, превращаются по сути дела в навязчивое и бесплодное мудрствование, лишают подростка способности к

продуктивной интеллектуальной деятельности в тот жизненный период, когда это особенно важно и необходимо (16 - 18 лет). Подросток становится одиноким и отрешенным, дезадаптация постепенно нарастает, приводя его нередко к полному социальному краху.

Почти у всех детей и подростков наблюдаются те или иные симптомы депрессии, а до 5% детей и 10-20% подростков могут испытывать серьёзные депрессивные состояния. У них отмечается устойчивое депрессивное настроение при столкновении с реальным стрессом или событием, воспринимаемым как стресс, а также наблюдаются другие нарушения, связанные с физическим функционированием организма и социальным поведением. В последние годы среди подростков стремительно растёт число суицидов, связанных с депрессией. Даже если подростки избавляются от своей депрессии, они могут потом переживать рецидивы этого состояния, что делает депрессию одним из наиболее опасных явлений подросткового возраста.

Взрослые, у которых в детстве или в подростковом возрасте диагностировались депрессивное состояние и расстройство поведения, подвержены более высокому риску антисоциального и делинквентного поведения, но меньшему риску развития депрессии. В то же время взрослые, у которых в детстве или, подростковом возрасте отмечалось депрессивное состояние, но без расстройства поведения, подвержены более высокому риску развития депрессии.

На самом деле, среди лиц с депрессивным состоянием (20 случаев из всей группы: 60 + 67) вероятность самоубийства в зрелом возрасте более высока в том случае, если они страдали депрессией в детстве или в подростковом возрасте: 16 человек из 20 страдали депрессией, а 13 предпринимали попытку самоубийства ( $13/16 = 81\%$ ); у 4 человек депрессии не было, и только один совершил попытку самоубийства ( $1/4=25\%$ ).

Что же касается лиц, у которых в зрелом возрасте не было депрессии, то наличие или отсутствие детской либо юношеской депрессии не влияло на вероятность попытки самоубийства. Это косвенно свидетельствует о том, насколько важно своевременно выявить соответствующие признаки и по возможности вылечить ребенка или подростка от депрессии.

## 1.4 Подросток и суицид

Согласно статистическим данным именно депрессивное расстройство является причиной суицидального поведения в 40-60% всех случаев. Пребывая в депрессии у человека в 35 раз больше шансов покончить с собой. Это объясняет, почему около 50% пациентов, страдающих эндогенной депрессией, и 20% с психогенной формой все-таки совершают попытку суицида. Довести при депрессии самоуничтожение до конца удастся каждому шестому.

Депрессия страшна тем, что при ней человек начинает ощущать неуверенность в себе, снижение самооценки, видение будущего только в негативном свете. При этом происходит потеря личности. Она характеризуется утратой ощущения у человека гордости от тех достижений и успехов, которые он уже успел совершить за свою жизнь. Вместо этого они кажутся ему незначимыми и невзрачными. Суицидальное поведение с большой вероятностью возникает на фоне тяжелых соматических заболеваний, например, инсульта, рака, диабета. Это происходит из-за нежелания обременять родных и близких излишними хлопотами и заботой о них, а также из-за мучительных болей, которые не облегчаются даже медикаментами.

Суицидальные фантазии и намерения подростков – прямое продолжение их депрессивных состояний. При обострении депрессии активность подростка резко снижается, а затем наступает полное бездействие. Все вокруг он воспринимает в «черном цвете».

Далеко не каждая ситуация, вызвавшая переживания, пессимизм и отчаяние, заканчивается так благополучно. В этой, как уже было сказано, на помощь пришли взрослые. Если же подростки остаются один на один со своими неразрешенными проблемами, не могут найти выхода, то у них возникают мысли о ненужности и никчемности своей жизни. Особенно часто это происходит тогда, когда самые близкие люди не разделяют

мнения подростка или наказывают его за действия, которые он сам осуждает.

Привязанность к родителям и установленные ими порядки смягчают переживания и уменьшают депрессию и подавленность. Это происходит потому, что подростку становится все ясно, он понимает, что от него требуется, ради чего родители требуют от него порядка.

В противном случае подавленность возрастает, и вновь возникают вопросы: кто я, зачем я живу, кто мне поможет в жизни? Большинство людей не совершают в подавленном состоянии самоубийств, но научные данные говорят о том, что от 50 до 80 % тех, кто испытывают подобное состояние, пытаются уйти из жизни.

Во всех возрастных группах самоубийства занимают восьмое место среди причин смерти, а в подростковой – третье. На каждое совершенное самоубийство приходится от 8 до 20 попыток самоубийства. Примерно 10 % людей в те или иные годы своей жизни пытались наложить на себя руки. Поскольку депрессии чаще подвержены женщины, именно они втрое чаще, чем мужчины, пытаются совершить самоубийство, но попытки мужчин почти всегда приводят к гибели.

Герриг и Зимбардо отмечают, что за последние 10 лет количество суицидальных попыток среди подростков катастрофически возросло. Так, каждые 9 минут у кого-то из них возникают суицидальные намерения, а каждые 90 минут чья-то жизнь трагически обрывается. За неделю 1000 подростков пытаются свести счеты с жизнью, и 125 эта попытка удается.

В России всплеск самоубийств приходится на времена перемен. Он связан с отсутствием стабильного заработка или работы. Непонимание со стороны близких, их садистское отношение, арест в результате отклоняющегося от юридических норм поведения – психологические причины самоубийств подростков. В последнее время к самоубийству приводит и нетрадиционная сексуальная ориентация, и употребление подростками психоактивных веществ, и посещение сект, и т. д.

## **1.5 Роль семьи в профилактике депрессивных состояний у подростка**

Семья является основной единицей общества, обеспечивает безопасность и благоприятные условия для развития потомства. Однако, как и в любых отношениях, ситуация в семье может привести в замешательство. Причин такого состояния может быть много, начиная от внешних факторов, личностных особенностей индивидов, появления напряжения между людьми. Семейные проблемы могут иметь различный характер, в основном, связаны, однако, с кризисами. Депрессия может быть результатом стресса, связанного с семейными проблемами, но также может быть их причиной.

1. Трудности, связанные с общей жизнью в семье. Семья - это объект, который обеспечивает удовлетворение основных потребностей как взрослых, так и их потомству. Объединение двух людей в союз и создание общего будущего связано с обязанностями и многими трудностями. Личность каждого человека - это другое. Совместная жизнь приводит к конфронтации, а нередко и к конфликтам.

Такие сложности связаны в первую очередь с индивидуальными особенностями каждого из партнеров, материальным положением и социальным. Когда в семье появляются дети, приходят новые обязанности, радости, но и сложности. Воспитание детей и удовлетворение их потребностей является очень важным элементом семейной жизни. В это время проблемы могут нарастать, накапливаться. Неуместное их устранение, а также нарастание напряжения может иметь серьезные последствия для всех членов семьи. Семья должна обеспечить чувство безопасности и стабильности. Это особенно важно для детей, которые нуждаются в чувствах со стороны родителей и их внимании, чтобы иметь возможность правильно развиваться. Партнеры должны быть друг для друга опорой. Семейные связи также обеспечивают чувство стабильности



и уверенности детям, соответствующих условий для развития. Влияние семьи на формирование отношения молодых людей не следует недооценивать. Сложные отношения в доме могут быть причиной многих проблем, как в процессе взросления, так и в зрелости.

## 2. Влияние проблем воспитания на развитие депрессии у молодых людей

Приход ребенка в этот мир, связывается обычно с радостью родителей. Воспитание ребенка это также новые обязанности и проблемы. Трудности, связанные с воспитанием ребенка, могут вызвать развитие различных заболеваний. Особенно такому процессу подвержены лица в возрасте полового созревания. Это сложный период, как для детей, так и для родителей.

Изменения, происходящие в сознании и теле подростка могут привести к недопониманию со стороны родителей и ухудшению контакта между ними. Углубляется пропасть между родителями и ребенком, не обращающими внимание на его потребности и преуменьшая его сложности, что может быть причиной ухудшения настроения подростка.

Отсутствие взаимопонимания с родителями и чувство бессмысленности может указывать на развитие депрессии. У подростков она в первую очередь основана на эмоциональной ситуации в доме. Чувство отторжения и неопределенности, может быть причиной углубления расстройств настроения. Могут появиться проблемы очень серьезные: аутоиммунные (в том числе увечья), планы и мысли о самоубийстве. Это может привести к разрастанию симптомов депрессии и угрозы для здоровья ребенка.

## 3. Трудности в семье как причина развития психических проблем.

Взрослые, которые страдают такими проблемами, подвергаются риску развития депрессии. Семейные сложности являются причиной нарастания расстройства, возникновения сложных эмоций и углубления кризисов. Люди, которые неэффективно справляются с проблемами, могут страдать

от психических расстройств. Пребывая в такой ситуации, человек теряет контроль, что может привести к нарастанию стресса и депрессии. Проблемы и сложные отношения в браке приводят к тому, что семья не выполняет своей основной функции, которой является предоставление ее членам чувства безопасности. Чувство опасности и неопределенности влияют на самоуважение и самооценку. Ухудшение настроения и растущие проблемы могут быть причиной развития депрессии.

4. Депрессия - причина семейных проблем

Причиной возникновения проблем в семье может быть и депрессия. Человек, больной депрессией, не в состоянии справиться самостоятельно со многими ежедневными действиями. Другие члены семьи должны взять на себя часть ее прежних обязанностей. Незнание симптомов депрессии и непонимание ситуации больного могут привести к возникновению конфликтов и трудностей в семье. В таком окружении выздоровление может быть затруднено. Болезнь, однако, становится причиной конфликтов и углубления семейных проблем.

Задача семейной психокоррекции - ознакомить членов семьи подростка с его проблемой и показать им, как они могут помочь. Семья служит мощным источником сил для подростка с депрессивным расстройством. Разногласия членов семьи, сложности в родственных отношениях или в общении приводят к появлению определенного типа пациентов, у которых семейные проблемы выливаются в депрессию. Таким образом, педагог-психолог рассматривает подростковую депрессию, обращаясь к патологии в семейной системе. Семейная коррекция обычно является кратким, ориентированным на действия подходом, цель которого состоит в снятии симптомов через изменение поведения членов семьи.

В отечественной психологии и педагогике традиционно признается ведущая роль взрослого в психическом развитии подростка (работы Л.С. Выготского, Д.Б. Эльконина, Л.И. Божович, И.В. Дубровиной,

М.И. Лисиной). С первых же дней жизни ребенка социальная среда представлена ему как система семейного взаимодействия. Установлено, что такие распространенные явления, как дисгармоничные виды семейного воспитания, служат фактором высокого риска разнообразных нарушений общего психического и особенно личностного развития. Показана ведущая роль семейного неблагополучия и неправильного воспитания в формировании неврозов у подростков.

В своем труде по психогенным расстройствам у детей и подростков А. Дюрсен высказывает мнение, что в подростковом возрасте возможно развитие достаточно глубоких депрессивных расстройств, которые подчас мало, чем отличаются от таковых у взрослых. Причиной их развития автор называл, прежде всего, неправильное поведение родителей.

Как показывают многочисленные исследования, депрессивные подростки чаще выходят из семей с высоким уровнем психопатологий или же из неблагополучных семей того или иного вида. Существует множество возможных механизмов, которые могли бы объяснить такую связь. Это и генетические процессы, и экспозиция семейного нарушения, и моделирование негативных родительских стилей и т.д. Генетическую теорию поддерживают факты, свидетельствующие о том, что подростки депрессивных родителей имеют тенденцию показывать те же самые психические нарушения, что и у их родителей.

Некоторые исследователи отмечают, что организация структуры семьи помогают эффективно преодолевать или переживать проблемы. В семьях, неблагополучных в отношении межличностных взаимодействий, движение подростка к независимости рассматривается как уход от родителей, что еще более усугубляет отношения в семье, ведет к развитию депрессии. В семьях, где принято избегать внешних взаимодействий, и где устанавливаются сверххлояльные отношения друг к другу, развитие подростковых депрессивных синдромов может быть следствием мифа семейного единства. Депрессивные симптомы могут также появляться

вследствие того, что подросток зеркально отражает симптомы родителей, или потому, что подростки в таких семьях часто социально изолированы и одиноки. В этом отношении важно заметить, что двунаправленный эффект также очень вероятен.

Например, у депрессивных матерей могут быть трудно управляемые дети, что, в конечном счете, ведет к увеличению депрессии у самих матерей, или дети могут действовать таким образом, что провоцируют возникновение тех же проблем и неудач, которые привели к депрессии их матерей. Обнаруженное в одном исследовании тесное временное отношение между материнской и детской депрессией поддерживает идею общих факторов риска. Выявлена связь депрессивных симптомов с количеством конфликтов между подростками и родителями.

Ролевые споры в семье могут возникать, когда родители ожидают, что подросток будет полностью раскрывать им свои чувства и в подробностях рассказывать о своей жизни, в то время как подросток чувствует потребность отделиться от родителей и раскрывает чувства друзьям, а не в семье. Один из особенно частых межличностных споров, который возникает между подростком и родителями, это конфликт между консервативным родителем и подростком, который старается вести себя сообразно взглядам своего поколения. Межличностные ролевые споры становятся проблемой, если депрессивный эпизод подростка связан с подобным конфликтом. Типом спора, который, вероятнее всего, приведет к депрессивному эпизоду, является тот, в котором подросток чувствует свою беспомощность в разрешении конфликта, и спор в отношениях предполагает повторяться, способствуя развитию у подростка этого чувства. Так как подросток чувствует себя непонятым и теряет надежду на взаимное общение, его самооценка падает, что отражается на социальном отстранении.

Развод родителей отражается на спектре отношений в семье. Для детей и подростков самая острая реакция на расставание родителей

проявляется в течение первых 6 месяцев или года после развода (Уоллерстейн и Келли, 1980). Первые несколько лет после развода дети в разведенных семьях, независимо от уровня конфликта, проявляют антисоциальное поведение и импульсивное, агрессию, неуступчивость, зависимость, раздражительность. Они испытывают больше трудностей в социальных отношениях, больше проблем в школе. Развод родителей может привести к возникновению у подростка депрессивных состояний.

При разводе родителей подростку часто приходится приспосабливаться к другому типу отношений с ними, особенно с тем из них, кто не является опекуном. Часто родители, которые периодически общаются с подростком, считают, что имеют законное право вмешиваться в занятия своих детей и устанавливать для них правила, даже если находиться далеко. Дети, однако, чувствуют что, если родителя нет, он не имеет права вносить ограничения в их жизнь. Раздражение и злость на родителя, появляющаяся в таких ситуациях, могут также привести к подростковой депрессии и чувству самобеспомощности в создании более продуктивных отношений с родителями. Также часто подросток считает, что он может сохранить отношения родителей, приложить максимум усилий, чтобы они остались вместе, но достигнув желаемого результата, переоценив свои возможности, у подростка приходит разочарование появляются мысли о собственной несостоятельности. Он начинает самоуничижаться, снижается самооценка, а вслед за ней наступает депрессия.

## **1.6 Информирование родителей об опасностях и способах преодоления депрессии у подростков.**

При депрессии у ребенка существенно снижается его самооценка, могут возникать трудности в построении отношений с ровесниками, педагогами, снижаться успеваемость. И именно родители, которые обладают богатым жизненным опытом, хорошо знают своего ребенка (подростка), должны помочь ему преодолеть возникшие трудности. Они должны стать своеобразным «буфером» в отношениях между врачом и ребенком, школой и ребенком, ровесниками и ребенком.

В состоянии депрессии любой человек, сколько бы лет ему не было, чувствует себя никому не нужным, нелюбимым, глупым, самым худшим. Родители ненароком, одной лишь небрежно слетевшей с уст фразой, могут еще больше усугубить психическое состояние своего чада. А это не допустимо. Поэтому:

1)Безоговорочное принятие детей такими, какими они являются. Безусловно, принимать ребенка — значит любить его не за то, что он красивый, умный, способный, отличник, помощник и так далее, а просто так, просто за то, что он есть! Именно родители должны поддерживать свое ребёнка, сколько бы лет ему не было, вселять в него уверенность, что он нужен, любим, что он самый-самый лучший для своих родителей.

2)Обнимайте ребенка несколько раз в день, проявляйте внимание и заботу. Даже пожелание доброго дня или удачи способствует нормализации настроения.

3)Равноценное отношение родителей к детям, если в семье их несколько, с целью предупреждения чувства ревности.

4)Обучение ребенка конструктивному общению со взрослыми и сверстниками.

5)Соблюдение единых подходов в воспитании ребенка, с развитием у него таких качеств как самостоятельность, уверенность в себе.

6)Участие взрослых в делах и интересах детей и подростков, организация совместной деятельности, совместные занятия с ребенком, несколько семейных дел, традиции - создают зону радости.

7)Создание необходимых условий для игры и самостоятельной деятельности.

8)Предупреждение интеллектуальных и эмоциональных перегрузок: организация основного и дополнительного обучения детей с учетом состояния здоровья, интеллектуальных и творческих способностей.

9)Сохранение конфиденциальности (лучше, чтобы родители переговорили с учителями, предупредили о непростом периоде в жизни ребенка и попросили их быть максимально толерантными к нему, помогать, поддерживать, способствовать продуктивному взаимодействию с ровесниками; также необходимо предупредить педагогов о том, чтобы окружающие не узнали о болезни).

В семейном кругу ваш ребенок должен ощущать любовь, поддержку и защиту. И это будет наилучшей профилактикой депрессии для любого ребенка и подростка, которую могут предоставить ему самые близкие люди.

## **Глава 2. Эмпирическое исследование профилактики депрессивных состояний у подростков в условиях семьи.**

### **2.1 Организация и методы исследования.**

Исследование было проведено в двух 10 классах МАОУ Лицей № 135 г. Екатеринбург, с 1 февраля 2018 года по 31 марта 2018 года.

Для успешного изучения практической стороны заявленной темы исследования нами был проведен формирующий эксперимент, **целью** которого является замер уровня депрессии среди подростков.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи**:

1. подобрать подходящие методики диагностики;
2. провести констатирующий эксперимент;
3. осуществить работу по профилактике депрессивных состояний у подростков в условиях семьи;
4. провести повторную диагностику;
5. проанализировать полученные результаты, вывод.

**Гипотеза** –профилактика депрессивного состояния у подростков в условиях семьи является эффективным методом борьбы с депрессивными состояниями у подростков, в том числе по средствам информирования родителей, лиц их заменяющих и членов семьи.

В исследовании приняли участие 60 подростков и их родители. Для выявления наличия депрессивного расстройства у подростков была использована «Методика определения уровня депрессии» (В.А. Жмуров) Назначение методики: Методика выявляет депрессивное состояние (главным образом тоскливой или меланхолической депрессии). Она дает возможность установить тяжесть депрессивного состояния на данный момент.

Инструкция к тесту: Читайте каждую группу показаний (их 44) и выбирайте подходящий вариант ответа – а, b, c или d.



## Обработка и интерпретация результатов теста

Определяется сумма баллов в соответствии с ключом.:

- 1-9 – депрессия отсутствует либо незначительна;
- 10-24 – депрессия минимальна;
- 25-44 – легкая депрессия;
- 45-67 – умеренная депрессия;
- 68-87 – выраженная депрессия;
- 88 и более – глубокая депрессия.

Так же для выявления уровня депрессии(ее стадии) была использован опросник Шкала Бека (Подростковый вариант).

Опросник выдаётся на руки респонденту и заполняется им самостоятельно.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 63 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Подростковый вариант опросника

- До 9 баллов удовлетворительное эмоциональное состояние - 4 балла,
- От 10 до 19 баллов легкая депрессия - 3 балла
- От 19 до 22 баллов умеренная депрессия - 2 балла
- Более 23 баллов тяжелая депрессия - 1 балл

Уровень депрессии в 19 баллов считается клиническим нарушением; уровень выше 24 баллов указывает на необходимость терапии - возможно с применением антидепрессантов. Целью лечения должно быть достижение уровня депрессии ниже 10 баллов.

Для сопоставления показателей, измеренных во время констатирующего эксперимента, и показателей, измеренных после формирующего эксперимента, у группы, был использован Т-критерий

Вилкоксона, что позволило выявить сдвиги показателей до и после проведения работы по профилактической программе.

При обработке результатов были получены следующие данные, представленные в таблице 1:

Таблица 1

Количественные данные по методике определения уровня депрессии (В.А. Жмуров)

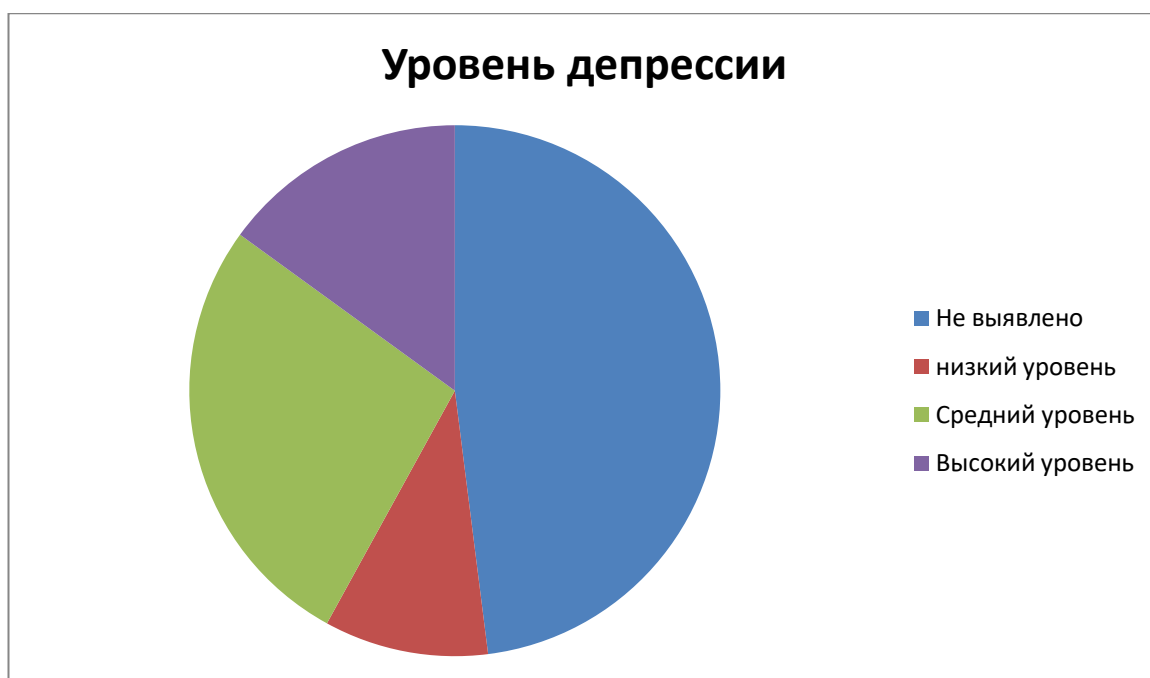
Уровень депрессии	Не выявлено	Низкий	средний	Высокий
Респонденты	48%	10%	27%	15%

Как видно из приведенной выше таблицы, низкий уровень наблюдается у 10% (6 обучающихся), что может свидетельствовать о незначительных проблемах детей в коллективе сверстников и семье. У 27% (16 обучающихся) выражен средний уровень, что может быть обусловлено состоянием подавленности, наличием проблем личного характера. Высокий уровень депрессии показали 15% (9 обучающихся) полученные данные предполагают то, что только одна восьмая часть подростков имеет явное депрессивное расстройство. У 48% (29 обучающихся) депрессивных расстройств выявлено не было и в дальнейшем исследовании они участия принимать не будут.

Расхождения наглядно видно на диаграмме.

Диаграмма 1

Результаты по методике определения уровня депрессии (В.А. Жмуров)



Далее испытуемым с выраженной депрессией предлагался опросник Шкала Бека для подтверждения уровня депрессивного расстройства. Опросник проводился на 31 респонденте, у которых были выявлены депрессивные расстройства.

При обработке результатов были получены следующие данные, представленные в таблице 2:

Таблица 2

Количественные данные по опроснику определения уровня депрессии Шкала Бека

Уровень депрессии	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Количество респондентов	19,3%	51,7%	29%

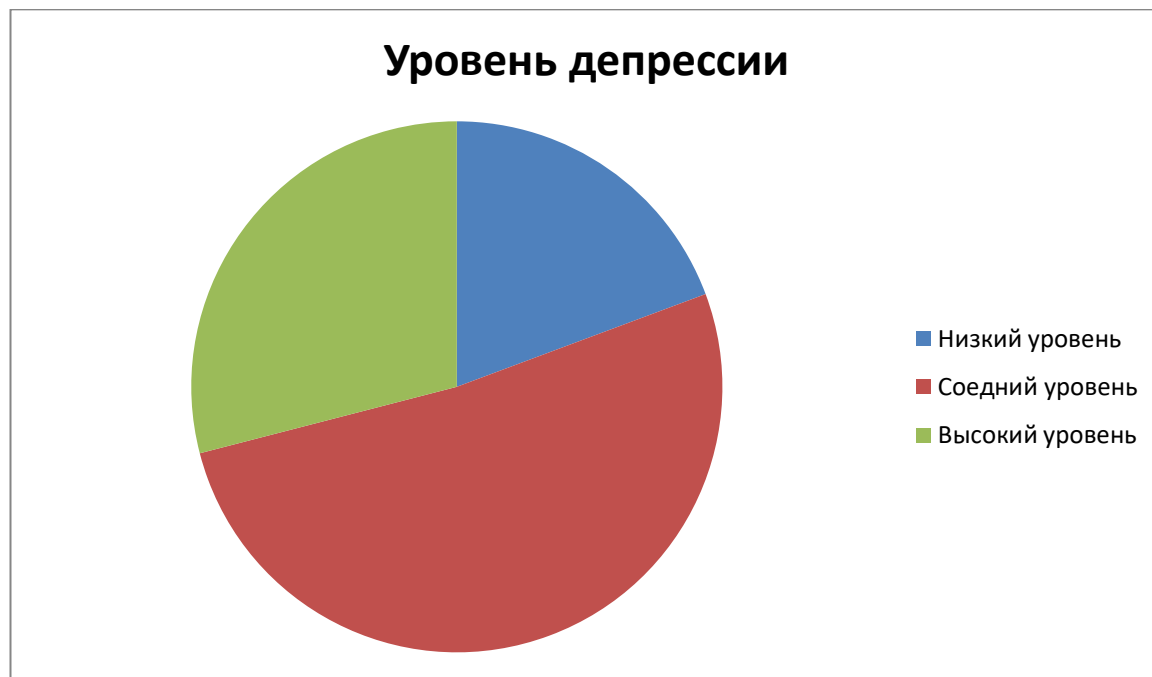
Как видно из приведенной выше таблице данные об уровнях депрессии среди респондентов совпадают с первой (отборочной методикой) и составляют соответственно : 19,3% (6 обучающихся) имеют легкую форму депрессии; 51,7% (26 обучающихся) имеют средний

уровень депрессии ; 29 % (9 обучающихся) имеют ярко выраженное депрессивное расстройство.

Для наглядности представим даны на диаграмме 2

Диаграмма 2

Результаты по опроснику определения уровня депрессии Шкала Бека



## **2.2 Разработка программы профилактики депрессивных состояний у подростков в условиях семьи**

Итак, после обобщения полученных результатов первых диагностических замеров, было необходимо подобрать подходящую программу профилактической направленности, где авторами акцент ставится на нивелирование уровня депрессии непосредственно с помощью семьи подростка.

Программа профилактической работы с подростками и их родителями «Подростковая депрессия» Ивановой Е. С. Направлена на информирование и доступное объяснение феномена депрессии и наиболее успешных путей выхода из нее. Программа адаптирована по книге американского клинического психолога и психотерапевта Дугласа Райли

«Подростковая депрессия» в которой автор доступно рассказывает о том, как взрослые могут помочь подросткам преодолеть сложные моменты, эмоциональные кризисы, сохраняя близкие и доверительные отношения со своим ребенком.

Направление внеурочной деятельности: общеинтеллектуальное.

Цель программы «Подростковая депрессия»: информирование о феномене подростковой и детской депрессии и представление оптимальных путей выхода из этого состояния.

Формы организации и режим занятий: основными формами занятий являются теоретические и практические занятия. Продолжительность занятий составляет 45 минут. Занятия включают в себя познавательную часть, практические задания. Предусмотрено домашнее задание, которое предполагает закрепление полученных знаний и умений, либо выполнение подобных заданий в новых ситуациях.

Технологии, используемые на занятиях: здоровьесберегающая, игровая, информационно-коммуникативная, личностно-ориентированная и т.д.

Содержание программного этапа состоит из трех этапов: введения, основной части и итоговых занятий.

Введение содержит планирование учебного курса, лекцию на тему «Для чего нужна депрессия?», и формирование микрогрупп среди представителей родителей обучающихся.

Основная часть непосредственно раскрывает суть курса. Здесь рассматриваются этапы и причины депрессии; способы обнаружения; рассказывается о методах самостоятельной коррективки депрессивного состояния у подростка; подробно разбираются мотивы подростков; рассказывается о сопутствующих расстройствах; дается информация о специалистах работающих с этим феноменом; представление полученной информации в различных видах; преобразование информации из одного вида в другой.

Итоговые занятия включают в себя подготовку памятки для родителей о способах преодоления депрессивного состояния вместе с подростком.

Тематическое планирование и календарно-тематическое планирование занятий представлено в приложении 1.

Программа рассчитана на 34 часов, 12 из которых представлены аудиторными занятиями и 22 в виде домашних заданий. Занятия нами проводились 2 раза в неделю в течении 6, 5 недель. После каждого занятия давалось домашнее задание. Такая форма организации позволила обучающимся погрузиться в работу над проектами, каждому ученику быть включенным в процесс более активно себя проявлять.

В ходе проведения программы, обучающиеся и их родители/законные представители, посредством активных методов обучения, ознакомились с тем, что собой представляет феномен депрессии, какое место она занимает среди подобных состояний, а также узнали, как с ней работать. Таким образом, родители и законные представители обучающихся освоили несколько приемов групповой работы, получили обширное представление о феномене подростковой депрессии, научились основным методам убеждения и воздействия на подростков, организовывать сотрудничество с подростком, находить общее решение и разрешать появляющиеся спорные ситуации, совершенствовать свои коммуникативные умения. Другими словами, испытуемые во время обучения по данной программе активно развивали навыки взаимодействия.

### **2.3 Анализ научного исследования**

После проведения занятий по программе «Подростковая депрессия» на контрольном этапе эксперимента была проведена повторная диагностика для выявления динамики развития навыков взаимодействия.

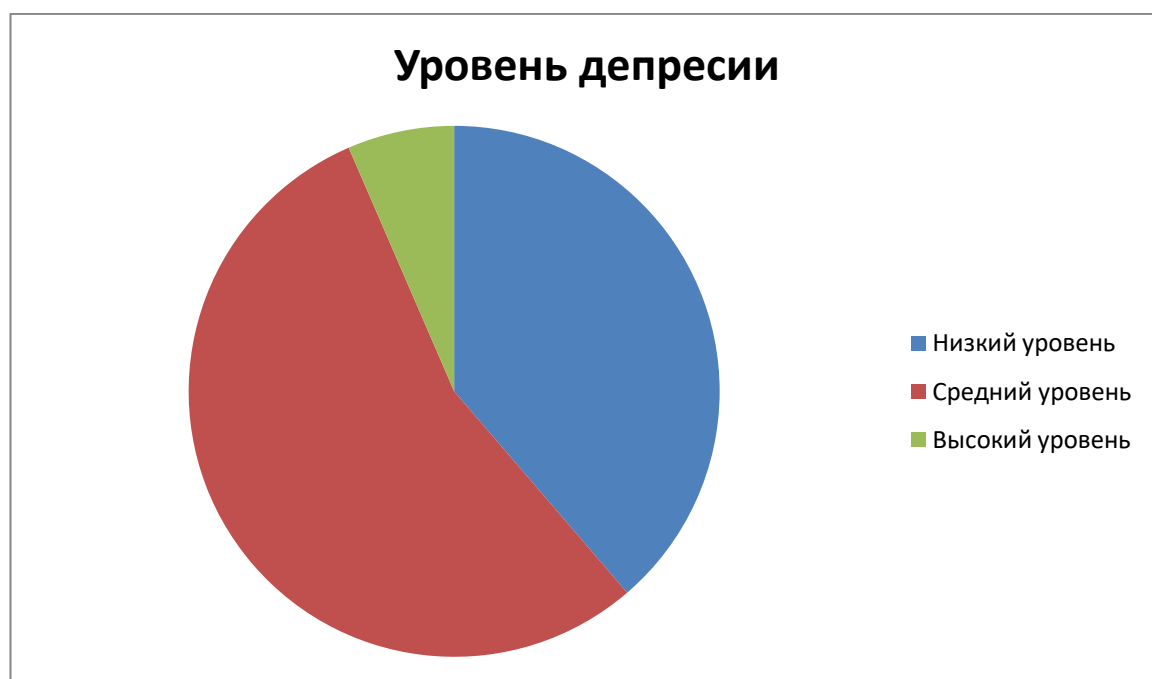
Диагностика также проводилась у 31 испытуемого, составляющих экспериментальную группы .

Для контрольного замера использовались та же методика: «Опросник уровня депрессии Шкала Бека»

Целью повторной диагностики детей было проведение сравнительного анализа результатов показателей уровня развития навыков взаимодействия до проведения занятий по выбранной программе и после проделанной работы.

#### Диаграмма 4

Количественные данные повторной диагностики по опроснику определения уровня депрессии Шкала Бека



Из диаграммы наглядно видно, что в экспериментальной группе после занятий по программе «Подростковая депрессия» наблюдается спад уровня депрессивного состояния у обучающихся экспериментальной группы. Сравнивая результаты, можем указать, что количество испытуемых с высоким уровнем депрессивного расстройства сократилось до 6,5% (2 обучающихся). Средний уровень депрессивного расстройства был выявлен у 54,8% (17 обучающихся). Низкий уровень депрессивного

расстройства у экспериментальной группы вырос до 38,7% (12 обучающихся).

Такие сдвиги могут свидетельствовать о влиянии занятий по Программе на понижения уровня депрессивных расстройств.

Для выявления значимых различий измеряемых показателей «до» и «после» проведения Программы и установления интенсивности сдвигов, мы сопоставили данные результатов диагностики в экспериментальной группе. Для этого нами был использован Т-критерий Вилкоксона.

В экспериментальной группе наблюдается положительная динамика снижения уровня депрессивных расстройств у подростков. Но сравнение значений «до» и «после» показывает, что апробация Программы не дает видимый результат, влияя на профилактику снижений уровня депрессивного состояния у подростков.

По итогам проделанной работы можно сделать вывод о том, что подобранная нами программа «Основы проектной деятельности» способна повышать уровень развития навыков взаимодействия у обучающихся 5 классов, следовательно, может активно использоваться педагогами общего образования.

#### Выводы:

1. Подростковый возраст является именно тем периодом, когда депрессивное расстройство поддается наиболее интенсивной профилактике и коррекции;
2. По данным констатирующего эксперимента был выявлен уровень снижения депрессии у 10 классов;
3. Формирующий эксперимент обеспечил положительную динамику в нормализации депрессивных состояний у подростков, но так же было выявлено что, выбранная программа «Подростковая депрессия» оказалась не эффективной;



4. Проведенная психолого-педагогическая работа опровергнула выдвинутую нами гипотезу о том, что профилактическая работа с депрессивным расстройством у подростков возможна с помощью информирования.

## **Заключение**

Психическое неблагополучие подростков, касающееся эмоциональной сферы, имеет далеко идущие последствия. Написание данной работы было определено следующей гипотезой: депрессивные состояния подростка имеют определенные психологические особенности, своевременная коррекция которых позволяет повысить адаптивность подростков, и способствует профилактике возможной дезадаптации.

Проведенный в первой главе данной работы анализ современного состояния проблемы позволил прийти к заключению, что, несмотря на большое внимание психологов и представителей смежных специальностей к проблеме депрессивности, используемый понятийный аппарат еще недостаточно совершенен. Так, само понятие "депрессия" до настоящего времени остается спорным и неоднозначным. Оно используется как характеристика настроения, как название синдрома и как название отдельного заболевания. Тем самым именно взаимодействие медицинского и психологического знания становится необходимым для практического решения проблемы диагностики и коррекции эмоционального неблагополучия у подростков. При этом на первое место среди трех основных групп депрессивных явлений выступает психологическое исследование депрессивных состояний, поскольку депрессия как заболевание в преобладающей степени относится к юрисдикции медицины, а депрессивное настроение, как правило, - проявление различных психологических механизмов, связанных как со спецификой подросткового возраста, так и с индивидуально-типическими психологическими и психофизиологическими характеристиками подростков.

Именно депрессивные состояния как тревожный сигнал эмоционального неблагополучия подростка, не всегда вызывая к себе

достаточно внимательного отношения специалистов и родителей, и стали объектом нашего исследования.

На основании имеющихся в литературе данных мы выделили ряд направлений и подходов к исследованию психологического содержания депрессии, механизмов ее возникновения, в связи с тем, что процесс коррекции депрессивных состояний явился предметом данной работы.

Проведенный анализ литературы показал, что депрессивные состояния обнаруживают связь с теми характеристиками жизнедеятельности подростка, которые являются для него наиболее значимыми. Это относится к межличностным отношениям в семье и детско-родительским отношениям, комплексу отношений, в которые вступает подросток в процессе школьного обучения, к стрессогенным жизненным событиям. Рассмотрели пути и методы психологической коррекции депрессивных состояний в различных психологических подходах.

В практической части данной работы отражены результаты диагностического исследования и проведенной профилактической работы.

Диагностика показала, что почти половине подростков не свойственно состояние депрессии, она ярко выражена лишь у 29% испытуемых, но при этом 15% маскируют свое истинное состояние или не желают признавать у себя его наличие. Легкое снижение настроения у трети подростков свидетельствует о начинающемся неблагополучии. Таким образом, неблагополучие эмоциональной сферы, маскированная депрессия и наличие депрессии у некоторых подростков, что в совокупности составляет более 50% испытуемых, требует со стороны психолога пристального внимания.

В связи с этим наиболее эффективным, с нашей точки зрения, является комплексный подход к проблеме коррекции депрессивных состояний. Комплексный подход - это совокупность всех путей и методов

коррекции депрессивных состояний, разработанных в различных психологических теориях (психоанализ, когнитивная, поведенческая, групповая психокоррекции, семейная психотерапия). Этот подход был успешно использован в данной работе.

Изменения, произошедшие в ходе профилактики, показали, что процесс психологических изменений депрессивных состояний у подростков осуществлялся в не полной мере. Показатели депрессии уменьшались, что подтверждала вторичная диагностика. С помощью Т-критерий Вилкоксона были статистически подтверждены результаты проведенной профилактической работы с депрессивными состояниями. Гипотеза о том, что информирование, как метод профилактической работы с депрессивными состояниями у подростков в условиях семьи не достаточно. Следовательно, программа, разработанная нами, оказалась не достаточно эффективной для коррекции депрессивных состояний у подростков.

Таким образом, в ходе эмпирического исследования гипотеза данной работы не подтвердилась, что говорит о том, что одного информирования в профилактической работе не достаточно для получения положительной динамики.

## Список литературы

1. Антропов, Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков [Текст] / Ю.Ф. Антропов. - М.: Изд-во Медпрактика, 2000. - 224 с.
2. Баярд, Р. Волнение беспокойного подростка [Текст] / Р. Баярд, Д. Баярд. - М.: Просвещение, 1978. - 315 с.
3. Бойко, В.В. Трудные характеры подростков: развитие, выявление, помощь [Текст] / В.В. Бойко. - СПб.: Союз, 2012. - 160 с.
4. Бунькова К.М. Депрессии и неврозы: руководство для психолога. — М. : ГЭОТАР - Медиа, 2011. — 176с.
5. Васильев, Н.Н. Тренинг преодоления конфликтов [Текст] / Н.Н. Васильев. - СПб.: Речь, 2002. - 174 с.
6. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. [Текст] / Л.С. Выготский. - М.: Педагогика, 1984. - Т.4.
7. Голант, М. Что делать, когда тот, кого вы любите в депрессии. Помоги себе - помоги другому [Текст] / М. Голант, С. Голант. - М.: Изд-во института психотерапии. - 2001. - 175 с.
8. Депрессия // Под ред. Пери А., Руксталис М. и др. Пер. с англ. - М., Мир, 2000. - 215 с.
9. Дубровина, И.В. Школьная психологическая служба [Текст] / И.В. Дубровина. - М.: Просвещение, 1997. - 315 с.
10. Зиновьев, С.В. Наследство Ниобы. Лики депрессии [Текст] / С.В. Зиновьев. - СПб.: Питер, 2002. - 128 с.
11. Изард, К.Э. Психология эмоций [Текст] / К.Э. Изард. - СПб.: изд-во Питер, 1999. - 464 с.
12. Ковалев, Ю.В. Депрессия, клинический аспект [Текст] / Ю.В. Ковалев, О.Н. Золотухина. - М.: Медицинская книга, 2001. - 144 с.
13. Колодзин, Б. Как жить после психической травмы [Текст] / Б. Колодзин. - М.: Геодезия, 1992. - 186 с.
14. Кон, И.С. Психология старшеклассника [Текст] / И.С. Кон. - М.: Просвещение, 1980. - 267 с.

15. Кон, И.С. Психология ранней юности [Текст] /И.С. Кон. - М.: Просвещение, 1989. - 324 с.
16. Костина, Л.М. Методы диагностики тревожности [Текст] /Л.М. Костина. - СПб.: Питер, 2002. - 198 с.
17. Кочубей, Б. Как лечить депрессию [Текст] / Б. Кочубей, Е. Новикова // Семья и школа. - 1988. - №8. - с.18-24
18. Крайг, Г. Психология развития [Текст] /Г. Крайг. - СПб.: Питер, 2000. - 992 с.
19. Курпатов, А.В. Как избавиться от тревоги, депрессии, раздражительности [Текст] / А.В. Курпатов. - СПб.: Питер, 2012. - 256 с.
20. Левитов, Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги [Текст] / Н.Д. Левитов // Вопросы психологии. - 1969. - №1. - с.24-28.
21. Лоуэн, А. Депрессия и тело [Текст] / А. Лоуэн. - М.: Просвещение, 2002. - 384 с.
22. Мафсон, Л. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия [Текст] /Л. Мафсон, Д. Моро. - М.: ЭКСМО, 2003. - 320 с.
23. Мэй, Р. Смысл тревоги [Текст] / Р. Мэй. - М.: Класс, 2001. - 384с.
24. Немов, Р.С. Психология. Кн. №2 [Текст] / Р.С. Немов. - М.: Просвещение Владос, 1995.
25. Обухова, Л.Ф. Детская психология: теории, факты проблемы [Текст] / Л.Ф. Обухова. - М.: Просвещение, 1995. - 342 с.
26. Подольский, А.И. Диагностика подростковой депрессивности [Текст] / А.И. Подольский, О.А. Идобаева, П. Хейманс. - СПб.: Питер, 2004. - 202 с.
27. Покрасс, М.Л. Активная депрессия. Добрая сила тоски [Текст] /М.Л. Покрасс. - Самара, 2001. - 320 с.
28. Практикум по психологическим играм с детьми и подростками/ Азарова Т.В., Барчик О.И. и др. - СПб.: Питер, 2002. - 304 с.
29. Психологический словарь. / Общ. ред. А.В. Петровского. М.Г. Ярошевского, - М.: Просвещение, 1990. - 890 с.

30. Психология индивидуальных различий. Тексты \ Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М.: Изд-во МГУ, 1982. - С.288-318.
31. Райли, Дуглас Подростковая депрессия: Почему многие дети оказываются в этом состоянии и что сделать родителям, что бы оно не закончилось трагедией [Текст] пер. с англ. Е. Лисовской. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014г – 256 с.
32. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании [Текст] /Е.И. Рогов. - М.: Просвещение, 1996. - 546 с.
33. Рубинштейн, С.П. Основы общей психологии [Текст] /С.П. Рубинштейн. - СПб.: Питер Ком, 1999. - 720 с.
34. Словарь практического психолога. / Под общ. Ред.С.Ю. Головин. - Минск: Харвест, 1997. - 897 с.
35. Снегирева, Т.В. Восприятие сверстников и взрослых подростками и старшеклассниками [Текст] /Т.В. Снегирева // Вопросы психологии. - 1985. - № 5. - с.13-17
36. Соловьева С.Л., Успенский Ю.П., Балукова Е.В. Депрессия в терапевтической клинике(патопсихологические, психотерапевтические и психофармакотерапевтические аспекты) : руководство для врачей – СПб. : ИнформМед, 2008. – 204с.
37. Трикетт, Ш. Как победить депрессию и избавиться от тревоги [Текст] / Ш. Трикетт. - М.: ЭКСМО, 2002. - 160 с.
38. Ханин, Ю.Л. Исследование депрессии [Текст] / Ю.Л. Ханин // Вопросы психологии. - 1999. - №3. - с.34-36.
39. Холл, К. Теории личности [Текст] / К. Холл, Г. Линдсей. - М.: Просвещение, 1993. - 876 с.
40. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени [Текст] / К. Хорни. - СПб. Питер, 2002. - 224 с.
41. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис [Текст] / Э. Эриксон. - М.: Просвещение, 1996. - 435 с.

Тематическое планирование

Название раздела	Кол-во часов	Контроль
Введение в понятие Депрессивное расстройство	2	<i>Отсутствует</i>
Для чего нужна депрессия	8	<b>Практические работы:</b> с - «Разбираем основные причины депрессии у подростков»; -«Алгоритм работы с подростком в состоянии депрессии», -«Мозговой штурм (проблема, цель, способы помощи подростку)»; -«Решение кейсовых тематических задач»; -«Сопутствующие заболевания – пути решения»; - «Обсуждение специалистов работающих по данному профилю».
Итоговое занятие	2	<b>Практическая работа:</b> -«Создание памятки о способах профилактики депрессивных расстройств» (в группах) – 2 часа.
<b>Итого</b>	12	Групповая работа -2, решение кейсовых задач – 4 ч.



Календарно-тематическое планирование

№ п/п	Дата	Название раздела Тема занятия	Содержание профилактической деятельности
1		<b>Введение.</b> Знакомство с планированием профилактического курса. Инструктаж по технике безопасности.	Ознакомление родителей с целью, задачами и планированием курса. Инструктаж по технике безопасности включающий в себя подробное объяснение почему нельзя заниматься самолечением..
2		<b>Введение.</b> Что такое депрессия и для чего она нужна?	Депрессивное расстройство и его виды: Эндогенная (глубокая) депрессия. Маскированная депрессия. Тревожная психическая депрессия. Реактивная депрессия. Сезонная депрессия.  Структура депрессии в подростковом возрасте.
3		<b>Учимся распознавать депрессию.</b>  Симптоматика депрессии подростков.  Особенности.	Основные этапы работы над проблемой: изучение теоретического материала с помощью активных методов. Работа с кейсовыми заданиями.  Рассмотрение заниженной самооценки как одной из главных формирующих депрессивного состояния  <b>Практическая работа:</b> «Самостоятельный поиск материала – 6 П.»; «Алгоритм работы с подростком находящимся в депрессии».

4		«Я хуже всех» как основная причина ранней подростковой депрессии.	<p>Формулирование проблемы с самооценкой у подростков. Причины возникновения проблемы и путей ее решения.</p> <p>Взаимосвязь формирующейся самооценки и эмоционального состояния.</p> <p>Способы психологической помощи в рамках семьи «Мы любим тебя несмотря ни на что»</p> <p><b>Практическая работа:</b> Формулирование доводов для поддержания самооценки подростка.</p>
5-6		«Я никому не нравлюсь». Насколько объективно?	<p>Разбор проблемы: так ли все на самом деле. Поиск доказательств. Как обсудить с подростком его окружение?</p> <p><b>Практическая работа:</b> отработка полученных навыков в условиях семьи</p>
7-8		«Алкоголь, еда, сигареты сделают меня счастливым»	<p>Проблема погружения в «иллюзии» и потери связи с реальным миром.</p> <p>Что делать, если ваш ребенок употребляет алкоголь?</p> <p>Знакомство с распространенными убеждениями почему «это» - хорошо.</p> <p>Личный пример как... - обсуждение способов донесения до подростка всей опасности ситуации на примере значимого для него взрослого.</p>

			<b>Практическая работа:</b> «Сбор и обработка информации алкоголь(сигареты, наркотики, еда) – чем опасно»;
9-10		«Мои родители меня не любят»	<p>Основные ошибки в воспитании. Анализ состояния психологического комфорта у подростков. Чем заполнить пустоту?</p> <p>Наказание и любовь: как дать почувствовать подростку что он любим в любой ситуации.</p> <p>Работа с кейсовыми заданиями.</p> <p>Общие хобби: как помочь преодолеть разрыв в отношениях.</p> <p><b>Практическая работа:</b> «Составить список занятий из не менее 10 пунктов, как вы и ваш подросток сможете провести время вместе».</p>
11-12		«Ничего не изменится »	<p>Почему у подростков исчезает надежда? Триада депрессии.</p> <p>Способы преодоления чувства безнадежности подростком с помощью семьи.</p> <p>Решение предложенных кейсовых задач (в группах). Защита и презентация решённой проектной задачи.</p> <p><b>Практическая работа:</b> «Отчет о состоянии подростка в течении профилактической работы».</p>
13-		<b>Итоговые занятия.</b>	Адекватное восприятие депрессии как феномена, знаниевая база

14			способов профилактической работы. Создание благоприятного психологического климата для подростка в семье.
----	--	--	--